

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Séquelles Mentales
de l'Encéphalite épidémique

LES SYNDROMES DÉPRESSIFS POSTENCÉPHALITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Henry COUMEL

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Juillet 1903, à Roujan (Hérault).



IMPRIMERIE A. TRAQUET

46, Rue de l'Université

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SÉQUELLES MENTALES
de l'Encéphalite épidémique

Les Syndromes Dépressifs postencéphalitiques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 — N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Séquelles Mentales
de l'Encéphalite épidémique

LES SYNDROMES DÉPRESSIFS POSTENCÉPHALITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry COUMEL

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Juillet 1903, à Roujan (Hérault).



IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

46, Rue de l'Université

Tél. : Vaudrey 32-55

—
LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LÉPINE.
 Assesseur X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
	PIC.
Cliniques chirurgicales	TIXIER.
	BERARD.
	X...
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.).
Clinique neurologique et psychiatrique.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des enfants.....	VILLARD.
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVÉ-JOSSERAND.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	BRETIN.
Matière médicale et Botanique.....	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARJET.
Anatomie	POLICARD.
Histologie	DOYON.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT.
Anatomie pathologique.....	PATEL.
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.).
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ETIENNE MARTIN.
Médecine légale.....	COURMONT (P.).
Hygiène	X...
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	LEULIER.
Pharmacie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT Léon.
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

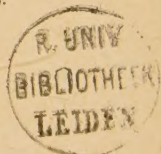
MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROCHAIX.	BONNET.	DUNET.
TRILLAT.	CORDIER (V.).	RHENTER.	CHALIER (André).
SARVONAT.	ROUBIER.	MAZEL.	CHALIER (Joseph).
FLORENCE (G.).	FAVRE.	SANTY.	NOEL.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. Jean LÉPINE, *Président* ; M. ROUBIER, *Assesseur* ;
 MM. MAZEL et CHALIER J., *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

Sa vie toute de devoir et de travail
sera le modèle de la nôtre.

A MA MERE

Faible témoignage de notre infinie
tendresse.

A MA FIANCEE

A MON ONCLE, A MA TANTE,
ET A LEURS ENFANTS
QUI SONT POUR MOI DES FRERES

A MON AMI EMILE FLEUROT

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR
DE 1^{re} CLASSE ROQUIER
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et les conseils les plus éclairés. Nous sommes heureux, en lui dédiant ce travail, qu'il a inspiré et dirigé, de lui témoigner notre respect et notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de profond respect et de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Introduction

L'Encéphalite épidémique est loin d'être une maladie nouvelle ; on a pu en faire remonter l'origine à la plus haute antiquité. Netter l'a relevée dans les écrits de Coelius, de Cappadoce et dans ceux d'Hippocrate. Toutefois, il faut aller jusqu'en 1712 pour trouver une description suffisamment précise que donne J. Camerarius d'une épidémie observée à Tubingue. Cette description parut dans « Les Ephémérides des Curieux de la Nature » et l'affection y fut appelée maladie du sommeil. Plus près de nous, en 1889-90, une maladie curieuse signalée en Italie, dans la province de Mantoue et désignée sous le nom de Nona, présente une parenté assez étroite avec l'affection dont l'étude domine actuellement la pathologie nerveuse.

En avril 1917, en France, Cruchet, Moutier et Calmette publient 40 cas d'encéphalomyélite subaiguë observée dans le centre de neuro-psychiâtrie d'armée

de Bar-le-Duc. Quelques jours après, Von Economo, à Vienne, publie 11 cas d'une maladie qui se manifeste essentiellement par de la léthargie, des paralysies crâniennes, surtout oculaires et par de la fièvre. En 1918, Netter la signale à Paris. Depuis, les communications affluent qui tendent à préciser les caractéristiques de cette affection nouvelle et qui dénotent le polymorphisme très grand de sa symptomatologie. A peine individualisée, on pourrait dire même à peine connue, l'encéphalite a pris en neurologie une importance considérable. Elle a éclairé l'étiologie de la maladie de Parkinson dont on tend à faire la manifestation-type d'une encéphalite ancienne passée souvent inaperçue.

Nombreux sont les auteurs qui ont été attirés vers les formes psychiques de cette maladie. Exceptionnellement seuls, généralement associés à des troubles organiques, les troubles mentaux entrent dans la symptomatologie de l'encéphalite à sa période aiguë. L'onirisme, la confusion mentale, un délire intense avec agitation motrice importante sont signalés par tous les observateurs. Mais ce sont là des désordres fugaces, intéressants certes au point de vue du diagnostic, mais qui, le plus souvent, disparaissent bientôt. Plus importante est pour le psychiatre l'atteinte profonde de l'état mental qui fait sa preuve bien après la disparition des signes marquant la période aiguë de la maladie.

En 1920, Bremer, puis le Professeur Claude, s'occupent de cette question. En 1921, Roubinovitch, Baruk,

Euzières, Briand et Rouquier, Reboul-Lachaux, etc... publient des Observations. En 1922, Truelle et Petit présentent au Congrès de Quimper un rapport sur les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. Ces derniers auteurs disent toute l'importance que revêt cette affection en psychiatrie et indiquent qu'elle peut se trouver à l'origine de beaucoup de syndromes psychiatriques de cause jusqu'ici indéterminée. Ils insistent sur la fréquence particulière des séquelles mentales chez l'enfant. A Lyon, en 1922, le Docteur Branche a consacré, sous l'inspiration du Docteur Bériel, son travail inaugural aux « Troubles Mentaux de l'Encéphalite épidémique ».

La question n'est donc pas neuve et ce n'est pas dans un but de découverte que nous avons pris pour objet de cette étude les troubles mentaux post-encéphalitiques. Nous nous limiterons d'ailleurs à un point bien particulier de cet immense sujet : aux syndromes dépressifs.

Les premières observations ont été publiées par Briand et Rouquier ; Truelle et Petit les signalent dans leur rapport et Branche les effleure dans sa thèse. Aucun travail d'ensemble n'a été fait sur ce sujet qui nous a paru présenter un intérêt suffisant et une fréquence assez grande pour faire l'objet de notre thèse. Nous écarterons de cette étude toute association d'un état mental avec des troubles organiques importants ; les syndromes dépressifs que nous avons en vue, et sur les caractères desquels nous insisterons plus loin, n'ont aucun rapport avec les troubles men-

taux observés chez les Parkinsoniens et s'ils ont quelques liens de parenté (d'ailleurs assez lâches) avec les modifications du caractère notées par Branche chez presque tous les encéphalitiques à la période de convalescence, ils s'en différencient tout de même très nettement. Il s'agit d'états bien caractérisés, nettement individualisés, ayant leur durée et ne représentant pas, comme certaines autres formes mentales de l'encéphalite, une nouvelle et définitive manière d'être. Ces états sont le plus souvent curables et d'un pronostic assez favorable.

Dans un premier chapitre nous exposerons les observations qu'il nous a été donné de recueillir ; nous les étudierons ensuite et nous nous attacherons à démontrer l'authenticité de ces syndromes dépressifs comme nouvelle manifestation autonome du virus encéphalitique.

Observations.

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROQUIER.

Syndrome dépressif simple
Séquelle d'encéphalite épidémique fruste

M. X..., officier d'administration, 40 ans. Pas d'autres antécédents qu'une cortico-pleurite des sommets, ayant nécessité un traitement au Mont-Dore, mais sans séquelles objectivement appréciables. Au point de vue psychiatrique, le sujet se présente comme un petit subexcité constitutionnel, actif et énergique ; il est relativement intelligent, consciencieux, sait fournir un effort, même sans espoir de récompense, quand il est nécessaire.

Après une période de surmenage de plusieurs mois, pendant laquelle le malade a fait chaque jour une vingtaine de kilomètres en bicyclette et travaillé de longues heures dans son bureau, en novembre 1924, court épisode fébrile ayant duré deux ou trois jours et qui est qualifié de grippe : faible élévation thermique, aux environs de 38°5, sans hypersomnie, mais accompagnée de diplopie. Puis, le malade se sent fatigué, asthénique, perd le sommeil. La diplopie persiste environ 3 mois, constante au début, inconstante dans la suite. A l'examen on ne constate pas d'autres signes neurologiques qu'une grosse inégalité pupillaire (g. plus petite) avec paresse du réflexe à la lumière, le réflexe à l'accommodation étant conservé, et une très légère insuffisance des droits internes, cause de la diplopie. Les réflexes tendineux sont un peu vifs. Aucun signe de lésion pyramidale ou extrapyramidale. Pas de secousses myocloniques.

Le sujet souffre de la tête, surtout le matin, quand il se réveille et éprouve dans la journée la sensation classique de vide cérébral. Il se fatigue physiquement pour un rien, ne peut plus se servir de sa bicyclette, parce qu'il n'a plus de forces. D'autre part, c'est surtout au point de vue intellectuel qu'il se sent diminué ; sa mémoire est devenue mauvaise, il ne fixe qu'avec beaucoup de peine son attention, dit qu'il est absolument incapable de rédiger, par exemple, un rapport, une lettre un peu difficile. Son caractère est enfin devenu irritable ; le bruit de la rue, celui que fait son jeune enfant quand il joue, l'énervent, lui font mal ; il n'est pas à proprement parler préoccupé de son état, qu'il attribue au surmenage et il n'existe chez lui aucune tendance hypocondriaque, obsessions ou phobies. La nuit, il dort mal, se réveille en sursauts, rêve souvent ; un jour, il se voit en songe se colletant avec son colonel ; le lendemain, il se croit victime d'un accident de bicyclette, etc...

Grâce au bromure de sodium, donné sous forme de sédobrol, le malade a pu, au bout de quelques jours, retrouver un sommeil calme et réparateur. L'onirisme a très rapidement disparu. Puis, les troubles fonctionnels se sont lentement améliorés. Au bout de trois mois environ, il a pu recommencer de travailler et d'enfourcher sa bicyclette. Il ne persistait plus à ce moment qu'une légère fatigabilité à l'effort intellectuel, et, comme trouble d'ordre neurologique, l'inégalité pupillaire déjà signalée, mais moins accentuée. Celle-ci a fini par disparaître six mois après environ. Un an après le début de l'affection, le malade a repris une existence tout à fait normale, et ne conserve aucune séquelle neurologique ou psychiatrique de son encéphalite. Le diagnostic d'encéphalite fruste nous semble, en effet, certain. Un Wassermann, fait à la période initiale, a été négatif et l'évolution ultérieure de la maladie permet d'éliminer à coup sûr le diagnostic de syphilis nerveuse.

L'examen viscéral a, d'autre part, toujours été négatif et on n'a jamais constaté de signe d'insuffisance surrénale. La tension artérielle, en particulier, s'est toujours montrée normale.

C'est donc bien cette encéphalite, qui chez un sujet nerveux un peu prédisposé à cause de sa constitution, le sur-

menage agissant comme cause favorisante, a provoqué l'apparition du petit syndrome dépressif que nous venons de décrire.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROUQUIER.

Syndrome dépressif grave Séquelle d'encéphalite épidémique

M. X..., lieutenant au ...^e R. I., 27 ans, encéphalite épidémique à forme léthargique et myoclonique, en février 1925. Début par une courte période fébrile, qui a duré à peine quelques jours et s'est accompagnée de diplopie. Puis, hypersomnie diurne, avec inversion du rythme du sommeil et quelques secousses myeloniques au niveau des membres. Le sujet n'a jamais été confus et n'a présenté aucun phénomène onirique. Légère parésie de la convergence des globes oculaires, puis paralysie du droit supérieur des deux côtés : totale du côté droit, presque totale du gauche ; cette paralysie a duré environ six mois ; elle a disparu du côté le moins atteint, tout d'abord, puis de l'autre, et n'a laissé, en fin de compte, aucune séquelle.

La paralysie en question mise à part, la période neurologique de l'affection n'a duré qu'une dizaine de jours. Le sujet a simplement conservé pendant un mois ou deux la sensation subjective de myoclonies ou de crampes musculaires, mais sans contractions fasciculaires objectivement appréciables. En revanche, se sont installés immédiatement après des troubles d'ordre psychiatrique qui ont obligé le malade, jeune officier actif et plein d'entrain, à interrompre son service pendant dix mois. M. X... a toujours été d'un caractère un peu scrupuleux et émotif, mais sans qu'on puisse le qualifier d'hyperémotif ou même simplement de nerveux. La phase initiale de la maladie terminée, il perd le som-

meil et accuse bientôt une sensation de céphalée sans paroxysme, mais avec vide cérébral, surtout accentué le matin. Il ne peut plus fixer son attention, se montre incapable de lire une colonne d'un journal et d'en résumer le texte; cet effort le fatigue à l'excès et il ne se souvient plus, arrivé au bas de la page, de ce qu'il a lu en haut. Il ne peut écrire une lettre, est obligé de s'arrêter après quelques lignes parce que sa vue se trouble aussitôt. Il a l'impression d'être physiquement très las ; sa démarche manque d'assurance, sans être hésitante ou ébrieuse et, après quelques pas, il est obligé de s'asseoir. Il est, d'autre part, littéralement obsédé par des algies qu'il ressent encore au niveau des membres et dont l'origine est vraisemblablement thalamique. Ces douleurs superficielles, comparables à une sensation de brûlure ou de constriction, sans être extrêmement vives, le préoccupent beaucoup ; elles contribuent à l'empêcher de dormir, le mettent dans un état d'irritabilité extrême. Il se demande s'il guérira, ne restera pas infirme, s'analyse, s'étudie, décrit avec un très grand luxe de détails les algies en question, ou les quelques secousses myocloniques purement subjectives, d'ailleurs, dont nous avons déjà parlé. Il dit lui-même qu'il est en train de faire une « neurasthénie aiguë ».

A ce moment, l'examen neurologique est presque négatif. Les réflexes tendineux sont un peu vifs et les mouvements d'élévation des globes oculaires à peine ébauchés ; il existe une paralysie presque totale des droits supérieurs, mais tous les autres mouvements conservent une amplitude normale. Egales, régulières, les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. On ne constate aucun signe de localisation extrapyramidale ; pas le moindre Parkinsonisme ; aucun signe de localisation cérébelleuse ou labyrinthique. Pas la moindre perturbation pyramidale. Tension artérielle un peu abaissée : 11/7 au Vaquez-Laubry. Ce sont les troubles d'ordre psychiatrique qui dominent la scène et, presque seuls, constituent le tableau clinique.

Grâce à un long traitement bromuré (4 grs de Na. Br. par jour, sous forme de sédobrol), admirablement toléré d'ailleurs, et qui supprimant l'hyperexcitabilité nerveuse, cause de l'insomnie, a permis au malade de retrouver le sommeil, les troubles en question se sont lentement et pro-

gressivement amendés. Les algies et les myoclonies subjectives ont tout d'abord disparu. La démarche est ensuite redevenue normale ; mais le sujet a continué d'éprouver une sensation d'asthénie physique le rendant incapable de fournir un effort tant soit peu prolongé ; ce jeune officier d'Infanterie, habitué aux marches, et qui a fait, sans la moindre difficulté, campagne au Maroc et au front français à la fin de la grande guerre, ne peut plus parcourir quelques centaines de mètres, sans être obligé de s'arrêter, à bout de forces. Il éprouve toujours, d'autre part, une grande difficulté à rassembler ses idées, ses souvenirs, à fixer son attention, à rédiger une lettre ou à assimiler un article de revue (il s'agit d'un Saint-Cyrien très cultivé). Son caractère s'est singulièrement modifié : il est devenu anormalement émotif, irritable. Il habite la campagne, chez ses parents ; l'annonce d'une visite inattendue le bouleverse au point qu'il ne peut se décider à recevoir le visiteur, bien que l'arrivée de ce dernier ne lui soit pas, d'autre part, désagréable. Le moindre choc affectif ou moral l'empêche de dormir. Il devient, certains jours, inquiet, subanxieux, il dérange, pour un malaise, son frère, étudiant en médecine, quoi que sa résidence soit assez éloignée de la ville qu'habite ce dernier. Il n'est pas obsédé, mais il est passablement hypocondriaque, craignant de ne pas guérir, de demeurer infirme, bien que son état paraisse s'améliorer et que son entourage lui ait caché les craintes que font naître, en ce qui concerne le pronostic, à distance, la redoutable maladie dont il a été atteint.

Cet état persiste pendant plusieurs mois, la sphère intellectuelle aussi touchée que la sphère affective. Pendant cette période, le sujet, dont le jugement et le raisonnement sont parfaitement conservés, si la mémoire et l'aptitude à l'effort intellectuel sont déficientes, et qui n'a jamais présenté de manifestation délirante, apprécie exactement l'effet thérapeutique du bromure. Il se rend bien compte que s'il cesse d'en prendre un jour ou deux, il dort moins bien, se trouve plus émotif, plus anxieux, encore plus diminué en ce qui concerne la mémoire et la faculté de fixer l'attention.

Puis, progressivement, les forces reviennent ; l'asthénie physique s'atténue, et, au bout de 7 ou 8 mois environ, on peut donner au malade le conseil d'abandonner la vie végétative

qui est la sienne et de s'entraîner progressivement à la marche et aux exercices physiques dont il avait eu l'habitude. La sensation du vide cérébral diminue ainsi que l'aprosxie, la mémoire redevient bonne et le travail intellectuel possible. Au bout de dix mois environ, on peut considérer le malade comme ayant, à ce point de vue, récupéré tous ses moyens. Il ne persiste plus qu'une certaine fatigabilité physique : le jeune officier est moins endurant qu'avant son encéphalite. Son caractère est, de même, resté un peu plus nerveux, mais son émotivité est en somme analogue à ce qu'elle était auparavant. Il suffit, néanmoins, de peu de chose pour l'empêcher de dormir et une nuit d'insomnie le laisse accablé, alors qu'il n'en ressentait pas de la même façon, autrefois, les conséquences.

Pendant l'évolution de ce long syndrome dépressif, l'état général a toujours été assez bon ; il n'a d'ailleurs été qu'assez peu touché à la période initiale. Les urines n'ont jamais renfermé de sucre ou d'albumine.

Il s'agit, en somme, d'un sujet dont les antécédents héréditaires ou personnels sont nuls au point de vue neurologique ou psychiatrique et qui ne présente aucun des symptômes d'une constitution mentale nettement morbide. Après une encéphalite épidémique bénigne, sans phénomènes mentaux à la période initiale, s'est installé un syndrome dépressif grave, avec asthénie physique et psychique, amnésie de fixation, grosse aprosxie, insomnie, hyperémotivité, préoccupations hypocondriaques et subanxiété par périodes.

Ce syndrome s'est progressivement estompé en neuf ou dix mois et le malade, grâce à un traitement hygiéno-diététique et bromuré, peut être considéré comme pratiquement guéri, sans séquelles d'aucune espèce.

OBSERVATION III

due à l'obligeance de M. le Médecin-Major ROUQUIER.

*Syndrome dépressif grave
avec obsession, phobias, idées d'indignité et d'auto-accusation
séquelle d'encéphalite évoluant depuis dix ans
par poussées successives*

M. X..., 45 ans, pharmacien, originaire de l'Ardèche. En 1915, alors que l'intéressé était mobilisé comme aide-major dans un train sanitaire, épisode fébrile accompagné de diplopie et d'hypersomnie diurne, et suivi, d'après un certificat établi à ce moment de « dépression nerveuse rendant le sujet absolument inapte à tout travail intellectuel ». Le diagnostic d'encéphalite n'a pas été fait, puisque la maladie n'était pas encore connue. Mais l'évolution de l'affection, l'absence de tout antécédent, en particulier de syphilis, permettent de le considérer comme certain.

Depuis cette date, en effet, le malade ne s'est plus rétabli. Et il est fort possible qu'il ait, après avoir été réformé, contaminé sa femme, que nous n'avons pu examiner. Cette dernière est, en effet, internée et présente des troubles mentaux de type maniaque, autant qu'on peut l'affirmer en se basant sur de simples renseignements fournis par la famille. Il a fait, pendant un an environ, du Parkinsonisme avec bradykynésie, aspect figé, sialorrhée. Ces symptômes ont régressé, puis disparu. Il a été obligé de céder sa pharmacie, après avoir, à plusieurs reprises, essayé de s'empoisonner avec des médicaments toxiques, comme la scopolamine, qu'il avait à sa disposition.

Quand nous l'avons examiné, à la fin de l'année 1925, il était malade depuis plus de dix ans. A ce moment, l'examen neurologique est absolument négatif. Ce sont les troubles mentaux seuls qui rendent le sujet incapable de travailler et nécessitent une surveillance de tous les instants. Accompanyé d'un de ses parents, il se présente comme un très grand déprimé, anxieux, obsédé et phobique. Il s'agit d'un homme intelligent et cultivé, très sincèrement religieux et

qui a toujours été d'un caractère scrupuleux et délicat. Il ne dort que deux ou trois heures chaque nuit, se réveille fréquemment en sursaut. Dans la journée, il est si las qu'il est obligé de rester couché, bien qu'il ne dorme pas davantage. C'est à peine si, certains jours, il se lève, pour aller s'installer au jardin, dans un fauteuil ; il n'a pas la force de le faire, dit-il, ou, plus exactement, tout effort physique lui est si pénible qu'il n'est pas capable de se l'imposer lui-même. Ce sont ses parents qui l'ont conduit à Lyon pour l'expertise en cause ; le changement d'atmosphère et de milieu l'a momentanément amélioré. Et pourtant, il ne pouvait se décider lui-même à faire le voyage ; mais, venu à Lyon, il regagnera la petite ville de l'Ardèche, qu'il habite, sans être allé voir ses grands fils, qu'il aime bien et dont il est fier (ils préparent au Lycée Ampère le baccalauréat et l'Ecole Normale Supérieure). Il n'a pas, dit-il, l'énergie morale suffisante pour le faire, et, d'autre part, il ne veut pas leur donner le spectacle de sa déchéance morale. « J'ai honte de leur faire voir le malheureux sans force et sans caractère que je suis et je n'irai pas leur rendre visite bien qu'il me soit pénible de quitter Lyon sans y être allé. »

Tout effort intellectuel lui coûte autant que l'effort physique. Il ne lit même pas le journal parce qu'il ne peut pas fixer son attention sans une peine insurmontable. Il n'écrit pas ou se contente de quelques lignes en style télégraphique. Et cependant, s'il ne prend goût à rien et ne s'intéresse à rien, tout ne le laisse pas indifférent. Il sait qu'il est sérieusement malade. « C'est atrocement pénible de sentir sa tête vide, de ne pouvoir appliquer sa pensée à un but. »

Mais il est obsédé cependant par la crainte d'être lui-même l'auteur de ses propres maux, en abusant de l'introspection et de l'analyse psychologique. Il se reproche beaucoup son manque d'énergie et de volonté ; c'est ainsi qu'il qualifie son incapacité de faire quelque chose.

« Enfin, docteur, dites-moi si j'ai réellement des lésions cérébrales ou si c'est simplement par ma faute que je suis ainsi. » Et il est très rassuré d'apprendre que, bien qu'il ne présente actuellement aucun symptôme d'ordre neurologique, il s'agit certainement de phénomènes organiques, d'origine infectieuse, conditionnés, sinon par des lésions facile-

ment décelables, du moins par des modifications de la nutrition et du fonctionnement des centres nerveux, tels qu'on peut les assimiler à des lésions inflammatoires curables. Ainsi donc, il ne s'adresse plus au tant de reproches et n'essaie plus de se gourmander et de se rendre malheureux à l'excès en s'efforçant, mais en vain, de sortir par ses propres moyens du marasme dans lequel il est depuis si longtemps plongé.

Ce sont ces idées d'indignité et d'auto-accusation qui, au cours de plusieurs raptus anxieux de courte durée ont poussé le malade à essayer de mettre un terme à ses maux par le poison. Il a fait plusieurs tentatives qui ont échoué parce que la dose de médicament toxique n'avait jamais été suffisante. Il savait évidemment que la religion condamne le suicide et il est très croyant : il a donc honte de ses tentatives et elles sont pour lui, après coup, un nouvel objet de reproches et de regrets. Il n'a plus, depuis qu'on l'a éloigné de sa pharmacie, d'idées noires analogues, et, d'autre part, il ne désespère pas de guérir et de voir son état s'améliorer. Il suffit de le rassurer et de le réconforter pour qu'il reprenne un peu le goût de l'existence.

Est-il besoin d'ajouter que ces troubles s'accompagnent des diverses algies classiquement rencontrées chez les neurasthéniques ? Le bruit, les chocs moraux, les contrariétés, contribuent à les aggraver et à faire souffrir le malade. Il s'est réfugié chez un oncle et mène à la campagne une vie végétative, se croyant un objet de répulsion et de dégoût pour les siens, y compris ses enfants. De déprimé, il deviendrait, pour un rien, mélancolique et les soins et les attentions dont il est l'objet n'améliorent point son état.

L'examen somatique est, pour le moment, négatif. Les réflexes tendineux sont vifs mais c'est tout. Il n'existe plus aucun signe de Parkinsonisme. Les pupilles sont égales, régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'état général est bon, la tension artérielle à peu près normale (16/10 au Vaquez-Laubry). On ne constate aucune dysarthrie ni le moindre achoppement aux mots d'épreuves. A noter cependant que le sujet a fait récemment une poussée de dermatite herpétigineuse du cuir chevelu dont persistent quelques séquelles sous forme de vésicules ulcérées et recouvertes de croûtes.

Nous n'avons pas conseillé au malade d'autre traitement que le bromure de sodium, sous forme de sécbrol, destiné à lui procurer un sommeil aussi prolongé que possible en supprimant l'hyperexcitabilité neuro-psychique, cause de l'insomnie. Ce résultat a été obtenu avec 4 ou 5 grammes de ce médicament. Et il n'y avait pas quinze jours que le sujet dormait six ou sept heures par nuit qu'il se sentait moins déprimé, moins anxieux et moins obsédé.

Il s'agit, en somme, d'un malade intelligent et cultivé, d'une moralité très élevée, très religieux, et qui, pour ces diverses raisons, a toujours été un peu scrupuleux et consciencieux à l'excès. A la suite d'une maladie infectieuse provoquée par un virus neurotrope et qui est à peu près sûrement (d'après l'interrogatoire, l'évolution ultérieure de l'affection compliquée de Parkinsonisme et enfin l'absence de toute autre cause) d'origine encéphalitique, ce sujet a fait un long état dépressif avec obsessions, phobies, idées d'indignité et d'auto-accusation, mélancolie anxieuse par intervalles. Cet état, qui évolue encore, après plus de dix ans, a été suffisamment grave pour provoquer plusieurs tentatives de suicide. Les divers symptômes s'atténuent progressivement et il est possible que le malade guérisse sans séquelle, ou avec une simple fragilité nerveuse et puisse reprendre une vie normale.

OBSERVATION IV

X..., jeune soldat, classe 1925.

Le malade a présenté, en janvier 1925, une encéphalite épidémique, avec hypersomnie et diplopie, suivie d'un état confusionnel avec excitation maniaque tellement intense qu'elle a nécessité son internement à l'asile de Montdevergue jusqu'au mois d'août de la même année.

Actuellement, le malade ne présente, au point de vue objectif, qu'une exagération marquée de tous ses réflexes, tendineux et ostéo-périostés, sans prédominance d'un côté, sans signes de la série pyramidale, sans parkinsonisme. Une cer-

taîne diminution de la force musculaire du membre supérieur droit, notée dans un de ses certificats médicaux, n'est pas très importante et est due vraisemblablement à une ancienne fracture du bras. Tension artérielle 10 1/2-6 au Vaquez. Il se plaint de « mauvaises digestions et de constipation ».

S'il n'a pas grand chose d'organique, ce malade présente par contre des troubles fonctionnels assez importants. Il a des céphalées fréquentes avec éblouissements et vertiges. Il accuse d'autre part une diminution marquée de sa force musculaire. « Je ne peux pas travailler, dit-il, parce que je n'ai plus de force. Dès que je marche plus de dix minutes, mes jambes ne me portent plus, je suis obligé de m'asseoir. » Il a dû cesser son travail de cultivateur ; il passe ses journées chez lui, assis, ne faisant absolument rien, ne sortant même pas. En un mot, c'est un grand asthénique.

Avant sa maladie, X... était un jeune homme exubérant et gai, ayant de nombreux camarades, allant souvent s'amuser avec eux. Il a suivi régulièrement l'école jusqu'à douze ans ; il s'est présenté comme un élève, sinon travailleur et studieux, du moins assez intelligent et d'esprit plutôt éveillé. Depuis son internement, il a très notablement changé. Outre la sensation de fatigue physique signalée plus haut, il offre des troubles importants de la mémoire. Ce qu'il sait de son encéphalite et de l'internement qui l'a suivie, c'est pour l'avoir appris par ses parents. Il se rappelle ce qu'il faisait avant sa maladie, mais il accuse (comme il est de règle après les états confusionnels) une lacune très nette sur la période qui s'étend de janvier 1925, date du début de sa maladie, à août de la même année, date de son retour chez lui. De plus, il ne peut retenir ce qu'on lui dit ; il prétend être incapable de se rappeler quoi que ce soit à plusieurs jours de distance : c'est la raison pour laquelle il ne lit jamais. Il présente donc actuellement une amnésie de fixation assez importante.

Les troubles de l'attention sont très marqués chez X... Son expression favorite « depuis ma maladie, je n'ai plus d'idées » doit se traduire par le mot *aprosopie*. En effet, si on insiste, on s'aperçoit bientôt que X... n'a aucun trouble de l'association des idées, du jugement ou du raisonnement. Ce n'est pas chez lui le vide de la pensée ; ce qui lui manque, c'est

cette puissance de concentration minima qui constitue l'attention.

X... vit chez lui, seul avec une tante ; il ne recherche plus la société de ses camarades, se rendant compte que son « manque d'idées », comme il dit, rendrait sa compagnie peu agréable pour eux. C'est le sentiment qu'il a de n'être pas comme tout le monde qui le fait s'isoler. Mais il ne se laisse pas absorber pour autant par des préoccupations hypocondriaques, il n'est pas le moins du monde mélancolique. Toutefois, à certains moments, il se sent un peu nerveux, un peu tendu, dans l'attente d'un événement imprévu. Il est, en d'autres termes, légèrement anxieux.

En résumé, il s'agit bien là d'un syndrome dépressif caractérisé par :

- 1° De l'asthénie physique ;
- 2° De l'amnésie de fixation et de l'aprosopie ;
- 3° Un état de légère subanxiété intermittente.

Ce diagnostic apparaît plus vraisemblable si on compare son état à sa légère subexcitation constitutionnelle, fréquente chez les Méridionaux (X... est, en effet, provençal). L'apparition du syndrome actuel, après une atteinte d'encéphalite extrêmement sérieuse, suffit à établir entre les deux une relation certaine de causalité.

OBSERVATION V

X..., jeune soldat, classe 1925.

En 1923, le malade a présenté un syndrome réalisant le tableau clinique de l'encéphalite épidémique, avec diplopie et hypersomnie, sans agitation motrice ni onirisme.

Actuellement, il n'offre à l'examen aucune des séquelles organiques habituelles à cette maladie, tout au plus de légères secousses nystagmiformes, dans le sens horizontal. Mais au point de vue mental, il n'en est pas de même.

Avant sa maladie, X... était cultivateur. Il avait l'instruction assez pauvre des individus de son milieu, mais il n'était

pas (et il n'est pas davantage) un débile. Il menait la vie ordinaire des jeunes gens de son âge, travaillait la semaine et allait, de temps en temps, s'amuser ou passer la veillée avec ses camarades. Il aidait régulièrement son père et son frère aux travaux de leur ferme ; il était, en somme, un ouvrier agricole, travailleur et actif.

Depuis son encéphalite, il a sensiblement changé sa manière d'être. X... a une physionomie assez immobile mais qui n'est pas le moins du monde figée ni amimique. Son visage exprime quelque chose, il est pour ainsi dire fixé dans une attitude, dans une expression qui est de la tristesse ; ses paupières voilent à demi ses yeux, qu'il lève humblement vers celui qui lui parle. Quand on le regarde attentivement, on a très nettement l'impression qu'on a à faire à un *triste*.

Depuis 1923, X... est *fatigué*, on le sent et on le constate en le regardant. Cette asthénie, le malade l'accuse à tous moments, aussi bien le matin au réveil qu'à la fin de sa journée ; même à l'hôpital, où il n'a rien à faire, X... dit qu'il est fatigué. Cette sensation de fatigue l'empêche, dit-il, de travailler et il n'est plus capable de faire autre chose que de garder ses moutons. Les actes les plus élémentaires lui paraissent difficiles à exécuter et il nous disait que ce n'était jamais sans appréhension qu'il montait ou descendait un escalier, ayant peur qu'un dérobement subit de ses jambes ne le fit tomber. Chez lui, comme à l'hôpital, il a adopté l'attitude qui convient à son état d'asthénie et qui, à elle seule, le traduit bien : demi allongé sur un lit ou assis sur une chaise, les épaules voûtées, les bras tombants, les yeux perdus.

De plus, il s'isole, et, lorsque sa tâche ne le retient pas, au lieu de rechercher, ce qui est naturel chez un jeune homme, la compagnie des camarades de son âge, il la fuit. A l'hôpital, dans la salle où il se trouve, il ne se mêle pas à ses voisins, et quand les circonstances l'y obligent, il n'échappe à personne que, même au milieu d'un groupe, il est seul.

X... parle peu, il répond aux questions qu'on lui pose, mais tout juste, et encore est-ce par oui ou par non. Il ne se livre pas, ne se confie pas ; il est réticent. Ce n'est qu'après plusieurs examens qu'on arrive à le pénétrer et à le faire un peu parler de lui. Il finit alors par dire qu'il est préoccupé, ou

plus exactement et pour employer sa propre expression, qu'il a « des idées qui le tracassent ».

Ses préoccupations sont celles d'un homme de son intelligence et de son éducation : berger, il pense à ses moutons, mais il y pense trop, il lui arrive de ne pas pouvoir dormir la nuit à cause d'eux. Il a peur qu'ils se blessent, qu'ils ne mangent pas, qu'ils se perdent. Il trouve que c'est une grosse responsabilité que celle qui lui incombe et la disproportion qui existe entre l'objet de ses préoccupations et leur intensité même prouve bien qu'il y a là quelque chose d'anormal.

X... n'est pas un obsédé, il n'est pas davantage un anxieux, c'est un grand préoccupé.

Par ailleurs, ses sentiments affectifs et moraux sont conservés ; il aime bien ses parents, n'a jamais avec eux de brouilles sérieuses, il n'a jamais désiré fuir sa maison.

Son état général et bon, sa taille et son poids sont ceux d'un jeune homme de son âge. Il ne présente aucune tare organique, son hérédité n'offre rien de particulier, notamment au point de vue tuberculose, alcoolisme ou spécificité.

Tension : 14-9 au Vaquez.

Examen du liquide céphalo-rachidien : Albumine 0 gr. 23, sucre 0 gr. 63.

Pas de lymphocytose. Réaction de Wassermann négative.

En résumé, ce malade présente un état morbide caractérisé au point de vue physique par une asthénie importante, au point de vue mental par des préoccupations.

Il s'agit donc là d'un véritable syndrome dépressif qui est sans aucun doute la conséquence de l'encéphalite diagnostiquée en 1923.

OBSERVATION VI

Il s'agit d'un jeune soldat de la classe 1926 qui a eu, il y a cinq ans, une encéphalite épidémique. Il a présenté à ce moment-là les signes classiques de cette affection : diplopie, hypersomnie et secousses myocloniques. Le syndrome a évolué pendant deux mois au bout desquels le malade est entré en convalescence. Actuellement, il se présente comme un jeu-

ne homme un peu moins vigoureux qu'on serait en droit de l'exiger à son âge mais dont l'état général paraît, en somme, relativement satisfaisant. L'examen somatique ne révèle rien de particulier. Les réflexes tendineux et ostéopériostés sont normaux. Les pupilles sont égales et régulières, réagissent bien aux deux modes. Scule, la tension artérielle se montre basse : 9 1/2 sur 4 au Vaquez. Donc, en apparence du moins, rien d'anormal. Aucun signe de la série encéphalitique.

Liquide céphalo-rachidien :

Tension 22 en position assise ;
Albumine 0 gr. 20 ;
Glucose 0 gr. 24 ;
Pas de Lymphocytose ;
Wassermann négatif.

Mais l'interrogatoire du malade montre que son encéphalite a eu sur lui un retentissement sérieux.

Il est deux symptômes sur lesquels il faut insister particulièrement. Ce sont : l'asthénie et l'amnésie sur les caractères de laquelle nous aurons à revenir. Depuis l'âge de 12 ans, X... est cultivateur ; à quinze ans, au moment où il a eu son encéphalite, il effectuait, nous dit-il, presque le travail d'un homme. Depuis quatre ans, il ne travaille plus du moins, il ne le fait que d'une façon très irrégulière. Il est fatigué. Dès qu'il entreprend un ouvrage quelconque, il est vite obligé de s'arrêter, il y a pour lui impossibilité matérielle à accomplir sa tâche. Alors qu'autrefois il constituait pour ses parents un aide sérieux, il leur est devenu presque une charge. Il y a plus : avant sa maladie, X... était un enfant éveillée, intelligent, à la mémoire vive, à la compréhension facile. Il n'est allé à l'école que jusqu'à douze ans mais il nous disait y avoir été considéré plutôt comme un bon élève. D'après ce que nous avons pu constater en l'examinant, il ne se présente pas le moins du monde comme un débile ou même plus simplement comme un ralenti. D'ailleurs, quoique ayant quitté de bonne heure l'école, il n'a pas cessé de chercher à s'instruire en lisant beaucoup. Or, il a constaté que depuis son encéphalite, la lecture lui était devenue impossible. Cela pour plusieurs raisons. Il comprend bien ce qu'il lit, mais il ne peut s'y appliquer longuement.

Tout comme le travail physique, le travail intellectuel le fatigue vite. De plus, et ceci indique une atteinte plus profonde de ses facultés, il ne peut, arrivé à la fin d'une page, se rappeler ce qui précède. Il présente donc une amnésie de fixation marquée qui se traduit encore par cet autre fait qu'il est incapable de conserver un souvenir plus de quelques heures, à tel point qu'on a dû dans sa famille renoncer à lui faire faire de simples commissions. A cette amnésie de fixation se joint une amnésie d'évocation assez importante. Il n'a pas perdu d'une façon absolue le souvenir des faits anciens mais il ne peut évoquer aucune date précise. C'est ainsi qu'il lui a été impossible de nous dire en quel mois avait commencé sa maladie. Il définit lui-même ce symptôme d'une façon à la fois pittoresque et exacte : « Ce qui s'est passé autrefois, nous dit-il, c'est comme un songe ». Cette amnésie s'étend également sur toutes les périodes de sa vie, il n'y a pas de trou dans ses souvenirs, en un mot, pas d'amnésie lacunaire.

A ces troubles intellectuels assez marqués se surajoutent des troubles du caractère. Depuis sa maladie, X..., qui était autrefois un sujet franc, ouvert et gai, est devenu irritable et inquiet. Il se met facilement en colère et il reconnaît lui-même qu'il est depuis quatre ans d'un commerce assez difficile. D'ailleurs, son aspect indique bien son état. Il a l'air triste et renfermé, il s'isole et vit peu avec ses camarades. Dormant mal et ayant, nous dit-il, des cauchemars affreux, il les transpose dans le réel et arrive, par abus de l'introspection, à créer en lui un état de subanxiété tout à fait pénible. A certains moments même, la conscience qu'il a de son état et la peur qu'il éprouve de voir son entourage se moquer de lui vont jusqu'à le faire paraître comme un petit persécuté. Mais faire de lui un vrai persécuté serait exagérer les choses, il est plus exact de parler de craintes vagues de persécution chez un subanxieux.

En résumé, l'amnésie et l'asthénie dominantes chez lui, jointes à cet état de subanxiété et à ces troubles du caractère, l'habitus extérieur de ce malade, nous conduisent à un diagnostic de syndrome dépressif que son début, sa durée et son évolution nous font rattacher à l'encéphalite,

OBSERVATION VII

Jeune homme de la classe 1922, ajourné deux fois pour mauvais état général. Pris service auxiliaire et incorporé dans une section d'infirmiers. Rien à signaler au point de vue de ses antécédents héréditaires. Bronchite dans l'enfance ; congestion pulmonaire en 1918.

Il y a deux mois environ, le malade a présenté un court épisode fébrile de deux jours à la suite duquel il a gardé la chambre pendant une semaine. Il ne présentait à ce moment aucun signe précis du côté d'un appareil déterminé. Il se plaignait de céphalées tenaces, surtout occipitales et d'une insomnie rebelle à la médication habituelle. Il fit appeler deux fois son médecin qui porta un diagnostic de grippe et l'engagea à aller voir un spécialiste des maladies nerveuses. Celui-ci, après une recherche minutieuse des petits signes cliniques de la série encéphalitique, conclut à un simple état neurasthénique et donna au malade le conseil de reprendre son travail, espérant par là obtenir la diversion nécessaire pour tirer X... du marasme dans lequel il se trouvait.

X... reprit donc ses occupations habituelles mais il note à ce moment un manque d'entrain et d'énergie qu'il n'avait pas auparavant. Au cours du travail assez pénible qu'il fait (il est scudeur autogéniste) il éprouve des vertiges et des éblouissements, il se fatigue vite et rentre chez lui le soir, harrassé, s'endormant d'un sommeil lourd d'où il sort le matin plus fatigué et plus déprimé encore. Mais bientôt apparaît un symptôme qui l'impressionne vivement : de temps en temps, en travaillant, il se trouve dans l'impossibilité, soit de saisir un objet, soit de placer quelque chose à un endroit précis et cela parce qu'il voit double. Cette diplopie, si nette dans sa manifestation, est intermittente dans son apparition et c'est plusieurs fois dans la journée qu'elle se reproduit. A partir de ce moment et pendant le mois qui précède son départ pour le régiment, le malade se tourmente, s'analyse, se demande avec anxiété ce qu'il va devenir lorsque ses économies seront épuisées, tout travail lui étant désormais impossible. C'est dans cet état physique, intellec-

tuel et moral très mauvais qu'il arrive à son Corps d'où son médecin l'envoie à l'hôpital.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme amaigri, au teint terreux, aux yeux brillants, qu'on est surpris de trouver apyretique. L'examen somatique est négatif, aucun signe du côté des réflexes. Une seule chose : inégalité pupillaire (G. plus petite).

A l'hôpital, dans la salle où il se trouve, il s'isole et reste la plupart du temps couché, ne communiquant pas avec ses voisins. Il dort bien mais a encore très souvent des maux de tête. Au cours des divers examens, nous avons pu constater que X... était un jeune homme intelligent et plus instruit qu'on ne pourrait s'y attendre chez un ouvrier. Il a lu beaucoup et conservé de ses lectures des souvenirs précis. Mais, depuis quelque temps, il éprouve de la difficulté à fixer longtemps son attention et, pour employer son expression : « ma mémoire devient mauvaise, je ne retiens plus ce que je lis ».

De plus, son caractère est devenu plus difficile. Il est plus irritable. Dans les quelques jours qui précédèrent son incorporation, il nous disait avoir mis dans les discussions avec ses camarades d'atelier une âpreté allant presque jusqu'à l'énervement. D'ailleurs, il préfère être seul, livré à ses pensées et aux préoccupations que lui cause son état ; il s'inquiète en effet beaucoup de ce qu'il deviendra plus tard si sa maladie s'aggrave ou si seulement elle reste stationnaire.

En somme, ce malade nous présente bien un syndrome dépressif avec ses caractères classiques : asthénie, amnésie, préoccupations, dont l'étiologie doit, nous semble-t-il, être rattachée à une encéphalite fruste dont les signes ont apparu au cours de ces derniers mois.

Tension artérielle : 10-5.

Liquide céphalo-rachidien :

Tension 38 en position assise ;

Pas de lymphocytose ;

Wassermann négatif ;

Albumine 0 gr. 28 ;

Glucose 0 gr. 74.

CHAPITRE II

Avant d'étudier dans leur détail les observations qui précèdent, avant de les analyser et comme premier terme même de notre discussion, il s'agit de savoir si les cas observés se rapportent bien à des sujets ayant eu une encéphalite, en un mot, il importe de faire le Diagnostic rétrospectif de la maladie. « Le Diagnostic de l'encéphalite léthargique, dit le Professeur Achard, peut être très facile ou très difficile. » A fortiori, lorsqu'il s'agit de malades ayant passé depuis longtemps déjà la période aigüe de leur affection. D'autre part, le grand nombre des formes frustes pouvant parfaitement passer inaperçues, même à des observateurs expérimentés, concourt à rendre dans certains cas un Diagnostic sérieux quasi-impossible. C'est d'ailleurs ce qui a pu autoriser certains auteurs à considérer le virus encéphalitique comme responsable de nombreuses manifestations neurologiques, d'étiologie jusqu'ici incertaine.

Il nous manque un test biologique absolu qui puisse nous permettre de diagnostiquer rétrospectivement et à coup sûr une atteinte, même légère, d'encéphalite.

Nous n'avons même pas ici, comme pour la spécificité, ce renseignement relatif que serait une réaction dans le genre de celle de Wassermann, ce témoin plus sérieux que constituerait un traitement d'épreuve.

Les modifications humorales que donne l'Encéphalite dans sa période aigüe sont inconstantes et varient avec les cas observés. Il existe un certain degré de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, mais dans la mesure où on la peut constater dans telle autre maladie infectieuse. Une hyperalbuminose, non en rapport avec le nombre des lymphocytes constaté, a également été signalée. Quant à l'hyperglycorachie à laquelle on a voulu à un moment donné attacher une certaine importance, il a été prouvé par des publications récentes portant sur de très nombreux cas, que sa valeur n'était que relative. Ces réactions, pour aussi incertaines qu'elles puissent être, ont au moins une valeur de comparaison par rapport à celles de même nature que l'on trouve de façon plus constante dans des affections bien caractérisées. Leur « atypisme » même peut être un élément de plus dans le faisceau de signes qui servira au Diagnostic. Elles nous font radicalement défaut lorsque nous nous trouvons à la période chronique de la maladie.

Dans les cas qui nous occupent, nous n'avons donc pu tabler sur elles, et, d'ailleurs, les quelques analyses de liquide céphalo-rachidien que nous donnons le démontrent surabondamment. Nous avons donc dû nous borner à une étude soigneuse des anamnestiques, recherchant un certain nombre de symptômes presque

constants dans l'encéphalite et dont l'existence a pu frapper suffisamment le malade pour qu'il ait pu en conserver un souvenir précis. Cette méthode manque évidemment de toute la rigueur scientifique désirable; mais elle est la seule qui soit à notre disposition à l'heure actuelle et force nous est de nous en contenter. Le but de notre étude étant l'observation de syndrômes mentaux purs de toute association organique, certains signes nous font défaut qui auraient pu mettre en évidence de façon indiscutable leur origine encéphalitique.

Les symptômes que nous avons recherchés et trouvés dans les antécédents de tous nos malades sont cependant suffisamment nets pour que nous puissions affirmer chez eux une atteinte ancienne d'encéphalite. Les plus constants sont la diplopie et les troubles du sommeil. Ces derniers sont variables; en quelques années, les idées ont évolué et le terme d'encéphalite léthargique sous lequel l'affection fut décrite par Von Economo, est loin d'être le terme exact. Certes, l'hypermnie se rencontre dans un grand nombre de cas, mais l'insomnie a été constatée presque aussi souvent et on a noté dans un nombre important d'observations une inversion très nette du rythme du sommeil: hypermnie diurne, insomnie et agitation nocturnes. A ces deux signes presque constants et qui se retrouvent le plus souvent associés, on peut ajouter, dans quelques cas, un certain degré d'inégalité pupillaire qui n'a de valeur que dans la mesure où on a pu éliminer toute autre cause susceptible de la produire

et aussi la paresse du réflexe photomoteur. Mais il convient de ne pas se méprendre sur la signification de cette expression. Dans la spécificité, il y a paresse du réflexe photomoteur en ce sens que la pupille se contracte mal et lentement sous l'action de la lumière. Dans l'encéphalite, ou plus exactement dans la phase chronique de cette affection, la pupille se contracte normalement, mais elle ne soutient pas sa contraction ; elle ne reste pas en myosis devant la source lumineuse. C'est donc manque du tonus du diaphragme irien qu'il faudrait dire, plutôt que paresse du réflexe. Mais ces deux signes sont loin d'être aussi fréquents que les autres ; ils ont été signalés à diverses reprises dans la littérature, et particulièrement le second ; ils n'ont, à notre sens, de valeur que s'ils sont unis aux autres.

En somme, deux signes principaux d'ordre subjectif : diplopie et troubles du sommeil ; deux signes accessoires d'ordre objectif : inégalité pupillaire et paresse du réflexe photomoteur ; enfin, courte période fébrile, souvent qualifiée de grippe, mais sans localisation respiratoire ou pharyngée. Tels sont les symptômes que nous avons observés chez nos malades et sur lesquels nous nous appuyons pour établir le diagnostic rétrospectif d'encéphalite épidémique.

CHAPITRE III

Les états dépressifs

Il n'y a peut-être pas, en Psychiatrie, de trouble morbide qui ait donné lieu à des descriptions aussi nombreuses, aussi riches en détails, ni d'ailleurs aussi confuses que l'état dépressif. Janet créa le mot de psychasthénie, Béard celui de neurasthénie, puis vint celui de syndrome dépressif. A ces termes, correspondent, suivant les auteurs, des descriptions qui ont, certes, bien des points de communs, mais dont l'interprétation peut varier considérablement. Les uns font jouer à l'hérédité un rôle primordial et font du psychasthénique un petit mental constitutionnel, obsédé et phobique ; d'autres ne voient dans le mot « Neurasthénie » qu'une étiquette commode qui leur permet de désigner tantôt un hyperémotif anxieux, tantôt un cyclothymique en période de dépression, tantôt un mélancolique, tantôt un simple déséquilibré. D'autres, enfin, comme Maurice de Fleury, font de l'état neu-

rasthénique un accident dans la vie d'un individu sain, au même titre qu'une pneumonie ou une fièvre typhoïde par exemple.

Psychasthénie, neurasthénie, syndrome dépressif, trois termes pour désigner ou plutôt pour évoquer une idée, d'ailleurs assez vague, dans bien des esprits. C'est le troisième que nous avons choisi comme assez général, en même temps qu'assez précis et aussi comme prêtant moins à confusion que celui trop banal, à notre sens, de neurasthénie.

En effet, l'état qui nous occupe ne va pas se développant progressivement dès l'enfance chez un sujet primitivement taré ; c'est (et nous nous rapprochons ici de la conception de M. de Fleury), un véritable accident, provoqué par un agent pathogène que l'on commence actuellement à connaître : le virus encéphalitique. De ce que l'encéphalite se trouve à l'origine de ces états, faut-il conclure qu'ils sont uniquement justiciables de cette cause ? En d'autres termes, du fait qu'elle est nécessaire pour les créer, l'infection encéphalitique agit-elle toujours seule ? Nous ne le croyons pas et il semble bien que le surmenage intellectuel, les chocs moraux et même, jusqu'à un certain point, un léger degré de fragilité nerveuse constitutionnelle, puissent agir comme causes favorisantes. Mais ce sont là des raisons accessoires et c'est dans la notion de maladie infectieuse grave, dans la notion d'encéphalite, qu'il faut chercher la véritable étiologie de cette affection.

D'ailleurs, ce serait une erreur de voir dans le syn-

drome dépressif uniquement une maladie de l'être moral. L'étude des symptômes de cette affection peut se diviser en deux parties généralement bien distinctes, au moins dans leur ordre d'apparition, car le syndrome une fois constitué, il est bien difficile de savoir lequel l'emporte du moral ou du physique. Nous ferons donc tout d'abord l'étude des troubles physiques, puis celle des troubles mentaux ou, pour mieux dire et plus exactement, l'étude de l'état mental du déprimé.

Un symptôme domine l'étude des phénomènes physiques par la précocité de son apparition : c'est l'asthénie. Certes, c'est un signe banal dans la convalescence des maladies infectieuses et Branche l'a signalé comme particulièrement intense après l'encéphalite, mais il va s'accroissant progressivement quand il marque le début d'un syndrome dépressif dont il est un des éléments dominants. Le malade n'ayant plus de fièvre, levé depuis quelque temps déjà, constate que loin de reprendre des forces, comme il serait en droit de s'y attendre, il les perd de plus en plus. Il est encore plus surpris et affecté de cet état de choses lorsqu'après une atteinte larvée d'encéphalite ayant duré à peine quelques jours, il se trouve, comme le malade de l'Obs. VII, d'emblée dans l'impossibilité de travailler. Le sujet est fatigué ; il est incapable d'un effort un peu long et un peu soutenu. Y a-t-il là une diminution de la force musculaire aisément constatable par des appareils simples ? Faut-il n'y voir qu'un phénomène purement fonctionnel et susceptible d'être modifié par la volonté ? La question a été posée.

Si on met dans les mains de ces malades un dynamomètre, ils feront preuve d'une force normale. Est-ce à dire que leur fatigue soit due à une application insuffisante de leur volonté ? Non. Un effort même intense est toujours possible à un sujet physiologiquement fatigué, pourvu qu'il soit assez bref. Seul, l'effort soutenu fait la preuve de la valeur musculaire et c'est lui que nos malades ne peuvent fournir. Ils ont perdu leur tonus, mieux leur potentiel, c'est-à-dire cette réserve d'énergie qui se trouve dans tout organisme producteur de force. D'où leur fatigabilité très rapide. Cette fatigue est d'ailleurs douloureuse. Ces malades ont constamment l'impression qu'à un homme normal au lendemain d'un effort un peu violent : les masses musculaires des lombes, du dos, des épaules et des cuisses sont douloureuses. Une phrase revient souvent sur les lèvres du déprimé pour exprimer à la fois sa fatigue et ses algies : « Il me semble, dit-il, qu'on m'a battu. Je suis moulu ».

D'ailleurs, et ce qui prouve bien le caractère pour ainsi dire presque organique de cette fatigue, c'est qu'elle va en augmentant jusqu'à la fin du jour, au contraire de celle du déprimé constitutionnel qui est, elle, au maximum le matin. Le visage de ces malades est empreint de ce sentiment qu'ils ont de leur insuffisance physique. Ce n'est pas l'air absorbé et fermé du mélancolique avec lequel un observateur un peu superficiel pourrait le confondre. Les traits sont comme détendus, affaîssés, les paupières baissées, le regard voilé, les coins de la bouche tombants. Le teint

est terne, les conjonctives légèrement jaunes à l'angle interne de l'œil. Le facies est presque un facies infectieux. D'ailleurs, tout est relâché chez ces sujets et l'hypofonctionnement des organes de la vie de relation est lié à celui des organes de la vie végétative.

Chez les déprimés acquis jeunes, l'hypotension est fréquente, associée à un léger degré de tachycardie. Alors que chez les jeunes gens, entre 20 et 22 ans, tels qu'ils se présentent à leur incorporation, la tension est d'au moins 12 à l'appareil de Vaquez-Laubry, nous n'avons pu relever ce chiffre chez la plupart de nos malades. La différence entre eux et un sujet normal est évidemment assez mince, mais comme elle est presque constante, nous avons cru bon de la noter.

Le manque de potentiel musculaire, cause de leur asthénie, s'étend au-delà de l'appareil circulatoire jusqu'à l'appareil digestif. Les troubles sont ici ceux d'une dyspepsie dite par atonie : anorexie, somnolence après les repas, constipation. Mais on ne trouve pas chez nos malades les troubles digestifs importants et à évolution chronique : alternative de diarrhée et de constipation, entérocólite muco-membraneuse, habituellement désignés sous le nom d'entéronévrose, d'entérite psychique, si fréquente chez les dysgénésiques cyclothymiques, qui sont non seulement des déséquilibrés du système cérébrospinal, mais encore du système organovégétatif. Chez ces derniers, les divers procédés d'exploration du sympathique permettent de mettre en évidence des troubles importants de ce système. Ils manquent chez nos malades ou mieux et

plus exactement, sont extrêmement légers, de sorte qu'on peut pratiquement les passer sous silence. Il en est de même des troubles vasomoteurs, en particulier de l'acrocyanose intermittente de même origine qu'on rencontre chez les sujets constitutionnellement tarés au point de vue neurovégétatif ; ils ne se rencontrent pas chez les déprimés post-encéphalitiques sans signes neurologiques et sans localisation extra-pyramidale.

Enfin, ces malades ne dorment pas ou dorment mal. L'insomnie revêt d'ailleurs des caractères bien différents suivant les cas. Tantôt, le malade s'endort dès qu'il est dans son lit, et, après une ou deux heures de sommeil, il se réveille le plus souvent brusquement, incapable de s'endormir jusqu'à la fin de la nuit. Tantôt, c'est le contraire qui se passe et le sommeil ne vient qu'après des heures d'attente. Tantôt, enfin, c'est un sommeil lourd et pénible, entrecoupé de cauchemars. Un repos si mal pris ne saurait calmer le malade qui ne peut renouveler pendant la nuit la quantité d'énergie dépensée pendant la journée. On a dit du sommeil qu'il était une réaction de désintérêt. Il est exact que l'insomnie est parfois causée par l'impossibilité que l'on a à s'évader de sa propre pensée. C'est le cas du malade de l'Obs. IV qui est un préoccupé ; c'est aussi celui du malade de l'Obs. III, qui est un scrupuleux. C'est encore et dans un autre ordre d'idée, l'insomnie des grands anxieux, des hyperémotifs et des phobiques. Ces malades mis à part, les autres ne dorment pas, mais leur esprit n'est oc-

cupé par rien. Ils sont dans l'impossibilité presque physique de dormir (qu'on nous permette la comparaison), comme une lampe qu'on ne pourrait éteindre. On n'a pas encore trouvé de théorie satisfaisante du sommeil ; nous n'avons pas la prétention de vouloir expliquer l'insomnie. Nous nous contentons de noter au passage ces faits qui semblent prouver que si le désintérêt est parfois à la base du sommeil, il ne saurait en être la seule cause. Non plus d'ailleurs que la fatigue qui, si elle intervient dans la production du sommeil normal, peut devenir, quand elle est exagérée chez l'homme sain ou chez le déprimé, une cause même d'insomnie.

En somme, un mot peut résumer l'état physique de ces malades : ce sont des insuffisants. Insuffisance de force musculaire, insuffisance du tonus vasculaire, insuffisance de l'appareil digestif, incapacité de réparer par le sommeil leur dépense d'énergie. Le déprimé est un être en état de fonctionnement mineur, non seulement dans le domaine du corps, mais aussi dans celui de l'esprit. Le premier terme du déficit organique est chez lui, comme nous le disions plus haut, l'asthénie, la fatigabilité ; le premier terme de son déficit intellectuel est l'aprosxie. Cette impossibilité qu'ont ces malades de fixer longtemps leur attention n'est-elle pas, *mutatis mutandis*, tout à fait comparable à leur incapacité d'un effort continu ? Les déprimés ne lisent pas ou lisent peu ; car leur esprit vagabonde et ne peut s'appliquer. Si on les interroge, ils diront qu'arrivés au bas d'une page, ils ne se rappellent pas

son début. Y a-t-il là un phénomène d'amnésie ? Non. Ils n'ont pu fournir un effort d'attention suffisant pour retenir ce qu'ils ont lu. Il ne faudrait pas conclure de là que leur mémoire soit intacte. Elle ne l'est pas, mais tout de même pas à ce point. Ces malades sont des distraits, mais des distraits pathologiques. Et, pourtant, leur mémoire est atteinte. Les troubles de cette faculté portent surtout sur la précision du souvenir. Les dates, les noms propres leur échappent. La communication n'est pas radicalement coupée entre eux et leur passé, celui-ci est seulement plus éloigné, plus estompé, plus flou. Cette diminution importante de la mémoire, cette absence radicale d'attention leur rendent, on le conçoit, tout travail intellectuel impossible, mais n'impliquent pas de vice du jugement ou du raisonnement. D'ailleurs, ces malades s'observent et se rendent parfaitement compte de ce qui leur manque. Et c'est dans la conscience qu'ils ont de leur état physique et intellectuel qu'il faut chercher l'origine et l'explication de leur état mental. Chez eux, l'affaissement psychique n'est que l'aboutissant de l'épuisement nerveux général.

Incapable de tout travail physique, incapable de tout travail intellectuel, tout acte, même minime, étant pour lui la cause d'efforts violents de volonté, le déprimé finit par se lasser et se laisser aller tristement à son sort. De même, que, en physiologie, à toute série de contractions exagérées, fait suite une période de paralysie, de même, ici, l'aboulie est la conséquence d'une dépense trop grande de volonté. Car, au contraire du

mélancolique, le déprimé, au moins au début, lutte courageusement ; ce n'est qu'après la constatation de son impuissance qu'il cède. Le malade de notre Obs. VII a lutté un mois contre sa fatigue. Mais, à partir du moment où il s'est avoué vaincu, les choses se précipitent. Le malade s'attriste, il s'isole, il vit replié sur lui-même et, pour peu qu'il ait tendance au scrupule et à l'introspection, le voici qui s'analyse, cherchant en lui la cause même de ses malheurs. Se sentant malade, il exagère encore et devient nosophobe. Il vit dans un perpétuel état d'inquiétude, se demandant quel degré de déchéance physique il pourra atteindre. C'est une peur obscure des événements et des hommes qui va rarement jusqu'à la grande anxiété, jamais jusqu'à la persécution. Un seul de nos malades, celui de l'Obs. III, a pu greffer sur sa dépression un accès mélancolique avec tentative de suicide. C'est là un épisode qui a peu duré, mais qui prouve bien qu'il ne faut pas traiter par le mépris ces états dépressifs. Le déprimé n'est toutefois jamais un grand mental : il est plutôt préoccupé qu'obsédé, plus inquiet que vraiment anxieux ; il présente plutôt des craintes vagues de persécution que des idées de persécution logiques et systématisées. Il s'émue facilement, tout acte, même simple, lui paraît insurmontable. Il est indécis, il est méticuleux. Souvent housculé par son entourage, qui croit bon de le brusquer un peu pour le remettre dans le mouvement en avant, il s'aigrit, devient irritable et la vie avec lui est souvent difficile. Il est un peu égoïste, préoccupé de lui-même et de ses maux ;

mais ses sentiments affectifs et moraux sont rarement atteints.

La description des syndromes dépressifs post-encéphalitiques ne serait pas complète si nous n'y ajoutions pas les signes tirés de l'interrogatoire du malade et de l'examen du système nerveux. Parfois, les anamnétiques révèlent dans un passé plus ou moins rapproché une encéphalite typique avec hypersomnie, onirisme, fièvre, paralysies oculaires, myoclonies, etc... Mais, parfois aussi (c'est le cas du malade de l'Obs. VII), il faut chercher attentivement pour trouver quelques signes qui puissent permettre d'affirmer l'authenticité étiologique du syndrome. On connaît bien actuellement ces formes frustes d'encéphalite passant le plus souvent inaperçues du malade et de son entourage, l'immobilisant parfois peu de jours (et alors qualifiées de simple grippe) et qui font leur preuve quelques mois, et parfois même quelques années après par une des séquelles redoutables de cette affection. C'est d'ailleurs en cela que résidera toujours le danger de l'encéphalite, même lorsque le médecin aura à sa disposition un moyen thérapeutique réellement efficace. Fièvre à 38° durant un ou deux jours, diplopie fugace, tendance au sommeil à peine marquée, tels sont souvent les seuls signes par lesquels s'est manifestée l'atteinte initiale.

Dans quelques cas, des signes persistent qui permettent de faire à distance le diagnostic. Nous voulons parler de l'impossibilité qu'a la pupille à maintenir la contraction provoquée par la lumière, de l'iné-

galité pupillaire et parfois aussi, mais rarement, de la persistance anormalement prolongée de la paralysie de l'accommodation plus fréquemment observée pendant la période aiguë. En général, chez nos malades, les réflexes sont vifs sans qu'il soit possible de penser à une lésion pyramidale ou strio-pallidale. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'analyse du liquide céphalo-rachidien qui, par le fait même qu'elle est négative, ne soit un signe d'une certaine valeur en ce sens qu'il permet d'éliminer certaines autres affections qui peuvent troubler sa constitution chimique ou cytologique.

Tel est donc à peu près au complet le tableau clinique que nous présentent ces malades : un ensemble de phénomènes physiques au début, puis un état mental consécutif ; ces deux ordres de faits se mélangent et s'intriquent à la période d'état, si bien qu'il est parfois difficile de savoir lequel des deux, du physique ou du moral, l'emporte sur l'autre. C'est dans l'appréciation de ces faits qu'intervient la connaissance de l'état du malade avant son affection. En général, un homme, intelligent et cultivé, réagit plus volontiers dans le sens mental ; les Obs. II et III sont démonstratives à cet égard. Cette constatation nous semble intéressante à connaître, car un déprimé est d'autant plus difficile à soigner et à guérir que son état mental est plus sérieusement atteint. Des trois premiers malades, les seuls que nous ayons pu suivre, ce sont le deuxième

et le troisième qui ont présenté les syndromes les plus sévères, particulièrement le troisième qui constitutionnellement porté à l'analyse et au scrupule a pu se présenter un moment comme un mélancolique.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic étiologique des syndromes dépressifs, ayant exposé dans un précédent chapitre les éléments dont nous nous sommes servis pour l'établir. Nous nous contenterons seulement d'énumérer brièvement les états psychiatriques avec lesquels ils risquent d'être le plus souvent confondus.

Un premier type de malades se présentant souvent comme des déprimés est constitué par le cas du cyclothymique en période de dépression. On est en présence de sujets manquant d'appétit, asthéniques, ayant des idées d'indignité, d'humilité et de ruine. Ce sont des découragés, dormant mal et qui viennent demander à leur médecin un soutien et un secours. Si on cherche à déterminer la cause de cette période de marasme, on trouve la plupart du temps le surmenage ou un choc moral ; jamais l'étiologie infectieuse.

De plus, on apprend que le malade (c'est en général d'un homme dans la force de l'âge qu'il s'agit) a toujours été actif, énergique, d'une capacité de travail au-dessus de la moyenne ; ces sujets ont toujours été à la limite du surmenage ; un excès les y a poussés. L'absence d'état infectieux à la base, la notion d'hyperexcitation constitutionnelle avec phases de dépression légères et presque passées inaperçues, la connaissance de la cause, surmenage déclanchant le syndrome, fixent le diagnostic.

Tout à l'opposé des précédents, on voit souvent des individus qui ont toujours été des faibles et des timides, ne travaillant que par force, des renfermés, des tristes, ayant la peur et aussi un peu le dégoût de l'effort. Il faut voir là des déprimés constitutionnels qui, sous une influence quelconque, feront un petit état mélancolique avec insomnie, anxiété, qui sera une simple aggravation de leur manière d'être habituelle.

Dans une troisième catégorie, on peut ranger ce que Charcot appelait l'homme aux petits papiers. C'est le nosophobe, le malade imaginaire type, aux algies multiples et diverses, terriblement égoïste, ne songeant qu'à ses maux et rendant compte de sa tristesse, de son isolement et aussi du manque d'affection et de l'hostilité auxquels il est en butte avec un luxe de détails et un art qui suffisent à le différencier d'un de nos malades auxquels il ne ressemble que par quelques points insignifiants : c'est l'hypochondriaque, mélange de dépression constitutionnelle, d'hypermotivité et de paranoïa légère.

Dans un autre ordre de faits il faut envisager les cas décrits par Naville, sous le nom de Bradyphrenie. C'est un état mental survenant après l'encéphalite et qui n'est pas, au moins quand il est peu accentué, sans présenter de sérieuses analogies avec l'état dépressif. Le bradyphrenique a un facies détendu un peu semblable à celui du déprimé ; comme lui, il présente une diminution de l'intérêt spontané et de l'initiative, une fatigabilité subjective et objective marquée ; mais il s'en éloigne par une indifférence totale vis-à-vis de ce qui l'entoure, à une période plus avancée, par une lenteur de gestes, une tendance à la conservation des attitudes qui ont pu, dans certains cas, le faire passer pour un hébéphrenique.

Capable de bien penser, le Bradyphénique pense très lentement, encore un caractère qui le distingue du déprimé chez qui la rapidité de l'idéation et de sa manifestation motrice est aussi grande que normalement.

On peut encore confondre ces états avec le début, assez atypique d'ailleurs, d'une paralysie générale progressive. Certains paralytiques généraux, en effet, peuvent commencer leur maladie par un état pseudo-mélancolique assez voisin du syndrome dépressif. Mais le déficit intellectuel est autrement intense chez eux que chez nos malades et le paralytique général présente une inconscience de son état morbide qu'on est loin de trouver chez le déprimé. Enfin, les tests humoraux sont là pour étayer solidement le diagnostic.

En somme, les éléments de diagnostic du syndrome dépressif post-encéphalitique se résument à ceci :

1° Un état de déficience physique primitif constitué par : l'asthénie, l'hypotension, les troubles gastro-intestinaux, l'insomnie.

2° Un état psychopathique secondaire venant se surajouter au précédent et comprenant : l'aprosxie, la diminution légère de la mémoire, la subanxiété, les préoccupations, un certain degré d'hyperémotivité.

3° Les petits signes de la série encéphalitique retrouvés dans les antécédents : épisode fébrile avec diplopie, insomnie, hypersomnie ou inversion du rythme du sommeil, secousses myocloniques, signes auxquels on peut ajouter l'inégalité pupillaire et la paresse du réflexe photomoteur.

CHAPITRE V

Evolution, Pronostic, Traitement

On peut dire de l'encéphalite ce qu'on dit de la syphilis, que quand on l'a eue on n'en est jamais guéri ; avec cette restriction, c'est qu'on n'a pas, comme pour la seconde, un traitement spécifique à sa disposition. Les syndromes dépressifs post-encéphaliques offrent dans leur évolution une certaine analogie avec la maladie causale. Ils sont en général d'apparition plus tardive que ceux que l'on peut voir après les maladies infectieuses banales. Ils sont aussi plus longs, plus accusés, plus traînants. Un seul de nos malades (v. Obs. I) a présenté un syndrome léger, complètement guéri en quelques mois. Le malade de l'Obs. II n'a pu reprendre ses occupations qu'après un an ; celui de l'Obs. III évolue encore après 10 ans.

Pour les autres (v. Obs. IV, V, VI) peu ou pas traités, leur état est stationnaire depuis 4 ou 5 ans, ne

s'aggravant pas mais ne diminuant pas d'intensité. Toutefois, il ne faudrait pas se hâter de porter un pronostic défavorable. La guérison des deux premiers malades, l'amélioration appréciable du troisième, semblent nous autoriser à penser que cette affection est curable ; toutes réserves faites sur une séquelle neurologique toujours possible, ces malades étant avant tout d'anciens encéphalitiques.

Ici, comme partout, le traitement doit être rationnel, à la fois étiologique et symptomatologique. Malheureusement, la thérapeutique étiologique de l'encéphalite épidémique reste encore à trouver. L'urotropine et le salicylate de soude ont une action discutée à la période aiguë de la maladie. On s'entend à les considérer comme inopérants à la phase des séquelles. Nos malades ne font pas exception à la règle. Force nous est dans ce cas de nous rabattre sur un traitement d'hygiène générale qui, associé à la médication symptomatique, nous a donné des résultats intéressants.

Ces malades étant, du fait du mauvais fonctionnement de leur tube digestif, des intoxiqués chroniques, leur alimentation devra être surveillée sans être pour cela soumise à des règles trop sévères. On en proscrira les mets trop gras, trop acides ou trop épicés. On supprimera tous les excitants du système nerveux : alcool, thé, café, tabac. Des laxatifs fréquents assureront une bonne évacuation alvine.

Les symptômes les plus pénibles de cette affection sont l'asthénie et l'insomnie qui ne fait que l'accroî-

tre. Pour lutter avec efficacité contre la première, il faut d'abord et avant tout traiter la seconde. Les sédatifs légers dont le meilleur et le moins toxique nous a paru être le Bromure de Sodium à la dose de deux à quatre grammes par vingt-quatre heures en viennent assez rapidement à bout. Si l'anxiété est grande, le gardénal, à la dose de un à cinq centigrammes pro die peut rendre des services. Le repos physique et moral, à la campagne, toutes les fois que cela est possible, est un bon adjuvant de la médication sédative.

L'insomnie vaincue, le malade dormant de huit à dix heures par nuit, on peut s'attaquer à l'asthénie, par la strychnine, le phosphore et l'arsenic, associés à un réentraînement musculaire progressif.

En somme, bonne hygiène générale, repos, sédatifs du système nerveux, exercices physiques convenablement réglés, telles sont les grandes lignes du traitement des syndromes dépressifs.

Faut-il y associer la psychothérapie ? Il fut un temps où la mode était de traiter ces malades en essayant de leur persuader qu'ils n'avaient rien. Agir ainsi serait à notre avis méconnaître l'origine infectieuse de l'affection ; d'ailleurs, Brissaud, parlant du traitement des états dépressifs post-infectieux, a porté sur cette méthode un jugement définitif. Ici, comme partout ailleurs en médecine, la vraie psychothérapie et d'ailleurs la seule efficace réside dans la confiance que tout bon médecin sait inspirer à son malade.

Conclusions

I. — On observe parfois après l'encéphalite épidémique, sans symptômes neurologiques autres que ceux tirés de l'examen des pupilles ou des nerfs oculomoteurs, des syndromes dépressifs graves et susceptibles de persister plusieurs années.

II. — Il surviennent de préférence après une atteinte bénigne d'encéphalite, sans doute chez des sujets constitutionnellement prédisposés et ne semblent pas précéder l'apparition de syndromes Parkinsoniens.

III. — Leurs symptômes psychiatriques sont ceux de tous les états graves d'insuffisance nerveuse (psychasténie, neurasthénie) parfois compliqués d'obsessions, d'anxiété, de préoccupations hypochondriaques ou de mélancolie.

IV. — En l'absence de toute réaction biologique ou humorale caractéristique de l'infection encéphalitique, le diagnostic étiologique de ces états ne peut être fait qu'en se basant, dans les cas les plus nombreux où l'atteinte d'encéphalite est fruste, sur les petits

signes de cette affection à la période initiale (fièvre, légère sans localisation viscérale, hypersomnie ou inversion du rythme du sommeil, diplopie, inégalité pupillaire, paresse du réflexe photomoteur).

V. — Il est généralement facile de les distinguer d'un syndrome analogue, prémonitoire d'une paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Jean LÉPINE.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI

Bibliographie

- ABADIE, DE TEYSSIEU ET SABUCHELLE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite-léthargique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 septembre 1922.
- ACHARD. — L'encéphalite léthargique ; chez Baillière, à Paris, 1921.
- ALAMARTINE. — Différentes modalités du début et de la fin de l'encéphalite épidémique.
- ARDIN, RAYNAUD ET DERRIEU. — Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Formes ambulatoires simulant la P. G. P. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 mars 1920.
- AUBRY. — Forme mentale de l'encéphalite épidémique. *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} janvier 1921.
- BEAUSSARD. — Etat dépressif. Tentative de suicide. Tétanos encéphalitique. Rechute. Etat confusionnel. *Bulletin et Mémoires Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 avril 1921.
- BÉNARD. — Formes légères et formes frustes de l'encéphalite léthargique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 février 1920.
- BÉRILLON. — La psychothérapie dans les séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique. *Bulletin de la Société Médicale de Paris*, 25 novembre 1922.
- BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. *Thèse de Montpellier*, 1921.

- VAN BËCKEL, BESSEMANS ET NELIS. — L'encéphalite léthargique. Ses particularités en Belgique.
- BOSC. — Le délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 7 mai 1920.
- BRANCHE. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite léthargique. *Thèse de Lyon*, 1922.
- BREMER. — Formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, Paris, 1920.
- BRIAND. — Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico légal. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 novembre 1921.
- BRIAND ET BOREL. — Hypomanie consécutive à une encéphalite léthargique chez un enfant de neuf ans. *Société clinique de médecine mentale*, 12 juin 1920.
- BRIAND ET PORCHER. — Séquelles d'encéphalite épidémique. Troubles du caractère et excitation psychomotrice à exacerbation nocturne. *Société clinique de Médecine mentale*, avril 1921.
- BRIAND ET REBOUL-LACHAUX. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants. *Société clinique de médecine mentale*, 19 décembre 1921.
- BRIAND ET ROUQUIER. — Rapports entre certains états pithiatiques ou anorganiques et l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, Paris, 1920.
- Quelques cas d'encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 février 1920.
- Formes mentales de l'encéphalite épidémique. *Congrès de Strasbourg*, août 1920.
- CADE ET BRETTE. — Encéphalite fruste et discrète avec myoclonies transitoires et troubles psychiques. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 13 avril 1920.

CAPGRAS ET REBOUL-LACHAUX. — Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'encéphalite épidémique. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, juillet 1922.

CHAVIGNY ET GELMA. — Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 juillet 1921.

CHIRAY ET LAFOURCADE. — Encéphalite épidémique à séquelles combinées. Respiratoires bradytrophiques et psychiques. Origine polioencéphalitique basilaire unique. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 mars 1923.

CLAUDE. — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, 1920.

— Suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques. *Société médicopsychologique*, février, 1922.

CLAUDE ET BROUSSEAU. — Troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel avec palilalie et tachyphémie. *Société clinique de Médecine mentale*, 16 mai 1922.

COMBEMALE ET DUHOT. — Note sur les caractères de l'encéphalite observée à Lille. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 13 avril 1920.

COURCOUX ET HANOTTE. — Un cas d'encéphalite léthargique. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 février 1920.

CROcq. — Délire hallucinatoire postencéphalitique. *Journal de neurologie*, 1922.

CRUCHET, MOUTIERS, CALMETTES. — Quarante observations d'encéphalomyélite subaiguë. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 avril 1917.

- Evolution des séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1921.
- CRUCHET ET CALMETTES. — Travaux du Centre Neurologique de Bar-le-Duc, octobre, novembre, décembre 1917.
- DELATER ET ROUQUIER. — Un cas d'encéphalite épidémique à localisation corticale (Forme mentale pure avec narcolepsie). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, novembre 1921.
- DENY, KLIPPEL ET BARUK. — Encéphalite léthargique et apparence de D. P. *Bulletin officiel de la Société de psychiatrie de Paris*, 21 juin 1923.
- DEVIC. — Syndrome d'immobilité postencéphalitique. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 19 novembre 1920.
- DREYFUS. — Deux cas d'encéphalite à forme mentale. *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} janvier 1921.
- DUPOUY. — *Société de Psychiatrie*, 17 juin 1920. Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Encéphale* 1920.
- ESBACH ET MATET. — Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 juillet 1920.
- EUZIÈRE. — Troubles psychiques de l'encéphalite léthargique. *Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier*, 14 juin 1920.
- M. DE FLEURY. — Les états dépressifs et la neurasthénie.
- FROMENT. — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens postencéphalitiques. *Revue neurologique*, 1921.
- FROMENT ET COMTE. — Encéphalite léthargique à forme délirante. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*. 20 avril 1920.
- GALTIER. — A propos de quelques psychoses toxiinfectieuses récentes. L'encéphalite léthargique. Considérations pathogéniques. *Progrès Médical*, juillet 1919.

GELMA ET HANNS. — Troubles mentaux et somnolence au cours de l'encéphalite. *Annales de Médecine*, 17 janvier 1921.

GUINOU. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite. *Société de pédiatrie*, 19 avril 1921.

HARDMAND. — Troubles psychiques dans l'encéphalomyélite épidémique. *Thèse de Bordeaux*, 2 juin 1920.

HESNARD. — La psychoencéphalite aiguë épidémique et les troubles psychiques de l'encéphalite aiguë dite léthargique. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 19 mars 1920.

— Les troubles psychiques de l'encéphalite léthargique. *Encéphale*, 1920.

HEUYER. — Quatorze cas de perversions postencéphalitiques. *Archives de Médecine des enfants*, mai 1926.

JACQUIN. — *Revue neurologique*, 1921.

JUDE ET LANNEL. — Séquelles d'encéphalite léthargique. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 novembre 1920.

KATON. — La Psychose encéphalitique. *Société de Psychiatrie* 27 avril 1922.

KIRBY ET DAVIS. — *Archives Neurologiques et Psychiatriques* mai 1921.

LAIGNEL-LAVASTINE ET LOGRE. — Hebephrenocatatonie et encéphalite léthargique. *Société de psychiatrie*, 17 mai 1920.

LÉPINE. — Le terrain dans les encéphalites infectieuses. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 16 novembre 1920.

LEROY. — Troubles mentaux au cours de l'encéphalite épidémique. *Siège Médical*, septembre 1922.

LEROY ET DUPOUY. — *Annales de la Société médico psychologique*, 31 janvier 1921.

- LHERMITTE. — Rapport au XX^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue Française, *Bruxelles*, 1920.
- LIVET. — Contribution à l'étude des formes psychiques de la poliomyélicéphalite épidémique. *Annales médico-psychologiques*, 1921.
- LOGRE. — Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hétérophrenocatonique. *Société de psychiatrie*, 17 juin 1920.
- MAILLARD. — Troubles psychomoteurs consécutifs à l'encéphalite épidémique. *Société de psychiatrie*, 17 février 1921.
- MOURIQUAND, LAMY ET MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920.
- NAVILLE. — Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. La bradyphrénie. *Encéphale*, juin et juillet 1922.
- PETIT. — Les formes mentales prolongées dans l'encéphalite épidémique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 avril 1921.
- Forme mentale prolongée remittente et intermittente de l'encéphalite épidémique. *Société de psychiatrie* 21 avril 1921. Encéphalite épidémique et délire aigu. *Société de Psychiatrie*, 27 avril 1922.
- ROUQUIER. — Syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite épidémique. *Annales médicopsychologiques, Paris*, 1920.
- SABRAZES. — Frigidité sexuelle et encéphalite léthargique. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 8 février 1920.
- SICARD. — Les modalités de début de l'encéphalite léthargique. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 mai 1920.

TRUELLE ET PETIT. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. Rapport au XXVI^e Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des Pays de Langue Française. *Session de Quimper*, août 1922.

WIDAL, MAY ET CHEVALLEY. — Encéphalite léthargique à forme démence précoce. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 juin 1920.

Table des Matières

	Pages
CHAPITRE PREMIER.	
Introduction	7
Observations	11
CHAPITRE II	29
CHAPITRE III.	
Les Etats dépressifs	33
CHAPITRE IV.	
Diagnostic	45
CHAPITRE V.	
Evolution, pronostic, traitement	49
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

